

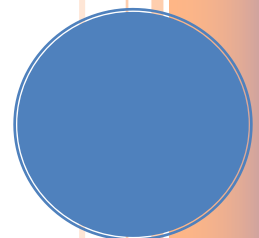


# PARAFUNÇÕES ORAIS E DÍSTURBIOS TEMPOROMANDIBULARES EM DOENTES ESQUIZOFRÊNICOS

*MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO*

Nathalie Alves da Cunha

Julho 2014, Porto





## Índice

Resumo.....	4
Introdução .....	6
Materiais e métodos .....	8
Resultados .....	11
1.Caracterização da amostra.....	11
2.História Clínica .....	12
3.Cinemática mandibular .....	13
4.Sintomatologia da ATM.....	14
5.Parafunções orais .....	15
6.Hábitos Parafuncionais.....	15
7. Dor à palpação muscular .....	16
8- Palpação da ATM .....	17
Discussão de resultados.....	18
Conclusão.....	22
Referências.....	23
Agradecimentos.....	26
Anexos.....	27
Anexo 1 .....	27
Anexo 2 .....	56

## Resumo

Os distúrbios temporomandibulares enquadram-se num conjunto de problemas clínicos que envolvem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e todas as estruturas associadas sendo a sua etiologia multifatorial. Os hábitos parafuncionais são aqueles que não estão relacionados com a execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação. A esquizofrenia é uma patologia neuropsiquiátrica que constitui um grupo de risco para distúrbios temporomandibulares devido ao efeito prolongado de sofrimento emocional, comportamento, hábitos e ao efeito colateral da medicação psicotrópica.

O objetivo desta investigação é encontrar resultados que evidenciem uma frequência significativa de Parafunções Orais e Distúrbios Temporomandibulares em doentes com diagnóstico de esquizofrenia quando comparados com um grupo controlo.

O estudo inclui 21 pacientes do Centro Hospitalar do São João na cidade do Porto, com diagnóstico de esquizofrenia (grupo de estudo) e 21 pacientes da Faculdade de Medicina Dentária do Porto, excluindo-se desse ultimo, pacientes que apresentavam qualquer tipo de patologia sistémica (grupo controlo). Em ambos os grupos avaliaram-se a presença de Distúrbios Temporomandibulares segundo o inquérito *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*.

Verificou-se a existência de pelo menos um sinal de distúrbios temporomandibulares em 33% dos doentes esquizofrénicos quando comparados ao grupo controlo com 19%. O hábito parafuncional mais frequente foi o bruxismo e o sinal de distúrbios tempormandibulares foi o estalido de abertura. Também se verificou a ausência de cuidados orais no grupo de estudo, evidenciando-se a perda acentuada de dentes, e o elevado número de dentes cariados comparativamente ao grupo controlo.

Foi possível concluir que os pacientes esquizofrénicos internados tinham uma maior probabilidade de vir a desenvolver sinais de distúrbios temporomandibulares, relativamente ao grupo controlo.

Palavras-chave: Esquizofrenia, sintomas negativos, escala PANSS, anti-psicóticos, distúrbios temporomandibulares, prevalência, bruxismo, articulação temporomandibular, parafunções orais.

Abstract

The temporomandibular disorders fall into a number of clinical problems involving the masticatory muscles, the temporomandibular joint and all associated structures, and its etiology is multifactorial. Parafunctional habits are those that are not related to the execution of the normal functions of the stomatognathic system, such as swallowing, chewing and speech. Schizophrenia is a neuropsychiatric pathologist that is a risk group for temporomandibular disorders due to mental situation, the prolonged effect of emotional distress, behavior, habits and side effects of psychotropic medication.

The purpose of this study was to find results showing that oral parafunctions and temporomandibular joint disorders are more frequent in patients with diagnosis of schizophrenia than in a healthy group control.

The study includes 21 patients of the Hospital of St. John in the city of Porto, with a diagnosis of schizophrenia (study group) and 21 patients of the Faculty of Dental Medicine of Porto, excluding this last, patients who had any systemic pathology (control group). In both groups, the presence of temporomandibular disorders were evaluated according to a survey of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

We verified the existence of at least one signal of DTM in 33% of patients with schizophrenia and 19% in the control group. The most common parafunctional habit was bruxism and most frequent TMD sign was the opening snap. The study group showed a lack of oral care, evidencing a marked loss of teeth, and a large number of decayed teeth compared to control group.

Compared to control population, hospitalized patients with schizophrenia patients have a greater probability to the development of temporomandibular disorders signs.

Keywords: Schizophrenia, Negative Symptoms Scale PANSS, Anti-Psychotics, temporomandibular disorders, prevalence, bruxism, TMJ, oral parafunctions.

## **Introdução**

Os Distúrbios Temporomandibulares (DTM) englobam todos os distúrbios funcionais do complexo crânio-cérvido mandibular (CCCM) e são significativos na população em geral.(1) Enquadram-se assim num conjunto de problemas clínicos que envolvem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e todas as estruturas associadas. (2) Por sua vez, o CCCM é responsável por funções básicas para a vida, tais como a mastigação, a deglutição e a fonação e desempenha, também, um papel relevante na respiração, no registo de sensações e na comunicação de sentimentos através da mímica. (3)

A etiologia dos DTM é complexa e multifatorial, destacando-se as alterações na morfologia das superfícies articulares, bem como incompatibilidades dessas superfícies, os desarranjos internos da ATM, os traumatismos, as alterações da oclusão, os fatores psicossociais e emocionais e os fatores sistémicos.(3;4;5) As estruturas mais afetadas são os músculos, as ATM e os dentes.(6) Como sintomas mais comuns, assinalam-se o desgaste dentário, a mobilidade dos dentes, a dor nos músculos da mastigação, a dor na ATM, a limitação no movimento da mandíbula, os ruídos na ATM, como estalidos ou crepitações durante o movimento, a otalgia e cefaleias.(1;7)

Níveis elevados de stresse emocional estão correlacionados com elevado nível de dor que provocam um aumento no tónus muscular da cabeça e do pescoço, assim como aumentam a ocorrência de bruxismo do sono e o cerrar dos dentes. (9) A oclusão parece estar relacionada com os DTM de duas formas: quando surgem alterações agudas naquela e ocorre compensação pela atividade muscular, o que origina dor e quando os problemas de oclusão causam instabilidade ortopédica, o que leva ao desenvolvimento de movimentos não fisiológicos, numa tentativa de compensação que resultam por vezes em DTM.(10)

Por vezes os DTM podem estar associados a doenças sistémicas que afetam várias articulações como a artrite reumatoide ou lúpus, entre outras. (11) A existência de traumatismo recente na face ou mandíbula pode ser a causa ou o fator de agravamento de DTM e, por outro lado, pode mascarar uma patologia pré-existente. (3)

Nathalie Cunha

A prevalência de sinais e sintomas de DTM são comuns na população, sendo mais significativa no sexo feminino. (12)

Os hábitos parafuncionais são aqueles que não estão relacionados com a execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação. (1;13)

O conceito de Esquizofrenia foi introduzido por Eugen Bleuler em 1911, atualizando as descrições pioneiras de Emil Kraepelin.(14) É um distúrbio neuropsiquiátrico grave, crónico e debilitante que afeta a cognição, emoção e perceção bem outros aspetos do comportamento.(15) A esquizofrenia tem uma prevalência mundial de cerca de 1% e inicia-se entre os 15 e 35 anos, afetando homens e mulheres de igual forma.(11;15) Esta é caracterizada, fundamentalmente, pela presença de sintomas positivos, negativos, motores, cognitivos e afetivos.(16) Os sintomas positivos incluem fenómenos que normalmente não estão presentes como alucinações e delírios. (17) Os sintomas negativos correspondem a ausência de comportamentos normalmente presentes, como embotamento do afeto, apatia, diminuição da capacidade de concentração, pobreza do discurso e do pensamento, incoerência e isolamento social.(18) Os sintomas negativos contribuem significativamente para a morbilidade a longo prazo bem como para o funcionamento deficitário que estes doentes apresentam.(18)

Pacientes com doenças mentais ou perturbações psiquiátricas são um grupo que requer maior atenção e são muitas vezes negligenciados. Os médicos-dentistas não devem subestimar a existência e a importância de patologias psiquiátricas na sua prática clínica.

Estes pacientes constituem em grupo de risco para DTM devido à situação mental, ao efeito prolongado de sofrimento emocional e ao efeito colateral da medicação psicotrópica.(19,20)

O presente estudo tem como objetivo avaliar se existe uma relação de parafunções orais e DTM em doentes esquizofrénicos.

## **Materiais e métodos**

Para a realização deste trabalho foi necessário o seguinte material:

- Luvas e máscara;
- Régua;
- Toalhetes desinfetantes;
- Sonda e espelho;
- Papel articular;

A pesquisa bibliográfica foi feita em bases de dados eletrónicas (MEDLINE, PubMed). Os artigos extraídos foram analisados em pormenor, os quais foram usados como referências para esta monografia de investigação. O estudo foi feito a partir de questionários realizados a doentes internados total ou parcialmente na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CSHJ e na Faculdade de Medicina Dentária do Porto. O grupo de estudo ~~será~~ foi constituído por doentes adultos com diagnóstico de esquizofrenia e o grupo controlo com pacientes adultos sem patologia mental. Foi então efetuado o preenchimento de uma ficha clínica, exame intra oral e extra oral com objetivo de avaliar a dor à palpação muscular e da ATM, bem como limitação da cinemática mandibular e os ruídos articulares. Foram obtidos os consentimentos informados pelos pacientes para participarem no estudo.

O plano da monografia, bem como os questionários foram aprovados pela comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) bem como pela Comissão de ética do Centro Hospitalar São João (CHSJ). O questionário continha como dados a idade, situação sócioeconómica e o género do indivíduo, dados incluídos no inquérito do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) (Anexo 1) que está padronizado e permite critérios de diagnóstico tanto físicos (Eixo I) como psicossociais (Eixo II). O Eixo I inclui subclassificações de diagnósticos clínicos, de distúrbios musculares e distúrbios da ATM, permitindo avaliar dor miofascial, e mastigatória através do relato da dor na



Nathalie Cunha  
mandíbula, face, área pré-auricular, em repouso e em função. Também é possível avaliar desarranjos internos do disco nomeadamente, deslocamento do disco com redução e deslocamento do disco sem redução. E, por fim, avaliar a existência de osteoartrite, osteoartrose e artralgia. O Eixo II inclui subescalas contendo escala graduada de dor crônica depressão e somatização, avaliando a intensidade da dor e relacionando-a com a incapacidade causada e os sintomas emocionais inerentes. É composto por inúmeros itens divididos em áreas: sócio-demográfica, sócio-económicas, psicológicas, psico-sociais e sinais relacionados com o paciente e os sintomas de limitação da função mandibular. Através deste questionário é possível obter um diagnóstico mais completo na avaliação do tipo e origem da dor. Para as questões relacionadas com os pacientes correspondentes a um quadro clínico de esquizofrenia foi utilizada a escala de PANSS que pretende avaliar o funcionamento na dimensão positiva e negativa da Esquizofrenia. A Escala de PANSS é atualmente uma das escalas de avaliação da sintomatologia da Esquizofrenia mais utilizada.(21) Neste caso, foi utilizada a versão portuguesa devidamente validada por Vessoni (1993).

O Diagnóstico psiquiátrico foi efectuado por um Medico Psiquiatra, e a Escala de PANSS foi efectuada por uma Psicóloga, ambos do CHSJ. Posteriormente, os pacientes foram conduzidos a um gabinete do CHSJ, para se efetuar a ficha clínica e os exames intra oral e extra oral, com o objectivo de avaliar a dor à palpação muscular e da ATM, a limitação e/ou alteração da cinemática mandibular e a existência de ruídos articulares.

Tabela I: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade: 30 a 50</li><li>• Indivíduos sem privação de autonomia e com vontade de colaborar, assinando o consentimento informado;</li><li>• Doentes com diagnóstico confirmado de esquizofrenia, acompanhados no CHSJ em tratamento com antipsicóticos há mais de 6 meses;</li><li>• Grupo controlo sem nenhuma patologia psiquiátrica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doentes que não cumprem a medicação antipsicótica</li><li>• Doentes descompensados do ponto de vista psiquiátricos</li></ul>

## Resultados

O tratamento de dados foi efetuado utilizando a versão 21.0 do SPSS para Mac. As variáveis envolvidas permitiram uma análise descritiva da constituição da amostra e uma análise estatística para verificação de hipóteses previamente colocadas.

### 1.Caracterização da amostra

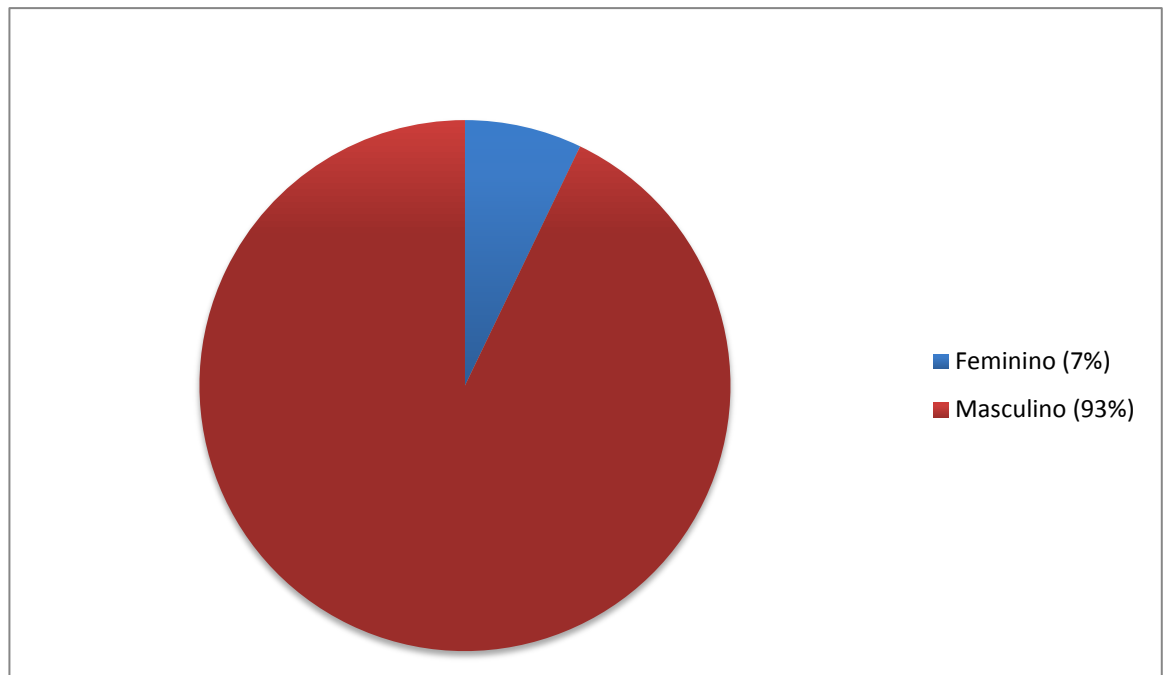


Gráfico I - Repartição da amostra por género

A população estudada foi caracterizada por uma maioria de indivíduos do género masculino. Na totalidade, foram avaliadas 42 pessoas sendo 3 do sexo feminino e 39 do sexo masculino. Concretamente, no grupo de pacientes sem nenhuma patologia psiquiátrica foram avaliados 2 indivíduos do sexo feminino e no grupo de estudo apenas uma, obtendo-se assim o total das 3 pessoas de sexo feminino.

O grupo analisado tinha idades compreendidas entre os 30 anos e os 50. A média de idades correspondeu aos 39 anos.

## 2.História Clínica

Tabela II - Percentagem de doentes com resposta afirmativa na história clínica

História clínica	Grupo controlo (N=21)	Grupo estudo (N= 21)	Total ( N=42)
Cefaleias frequentes	9,5 % (N=2)	23,8% (N=5)	16,7 % (N=7)
Músculo da face dorido	0 % (N=0)	19% (N= 4)	9,5 % (N= 4)
Traumatismo facial	0 % (N=0)	4,8 % (N= 1)	2,4 % (N=1)
Mandibula prende quando abre a boca	0 % (N=0)	4,8 % (N= 1)	2,4 % (N=1)
Dor ou desconforto na ATM	0 % (N=0)	4,8% (N= 1)	2,4 % (N=1)
Mordida desconfortável ou estranha	9,5% (N= 2)	23,8% (N=5)	16,7 % (N= 7)

A queixa mais frequente a nível muscular foram as cefaleias, nos dois grupos, sendo que o grupo de estudo apresentou uma percentagem superior, 23.8%, dos 16.7% totais. Outra queixa muito frequente foi a situação dentária e oclusão (mordida desconfortável ou estranha) que atingiu 16.7 %, sendo mais frequente no grupo de estudo (23,8%) do que no grupo controlo (9,5%).

Apenas um individuo do grupo de estudo apresentou história de traumatismo orofacial, mandíbula a prender quando abria a boca e alguma dor ou desconforto na ATM. No grupo controlo nenhum paciente apresentou este tipo de queixas.

### 3.Cinemática mandibular

Tabela III : Percentagem de pacientes com limitação de movimentos mandibulares.  
(N=42)

Movimento limitado	Grupo controlo (N=21)	Grupo estudo (N=21)	Total (N=42)
Limitação abertura	14,3% (N=3)	19% (N=4)	17,5% (N=7)
Lateral direita	14,3% (N=4)	9,5% (N=5)	11,9% (N=9)
Lateral esquerda	4,8% (N=2)	9,5% (N= 1)	7,1% (N=3)
Protusão	0% (N=0)	4,8% (N=1)	2,4% (N=1)

Verificou-se a existência de 17,5%, no total, com limitação de abertura mandibular, sendo que destes 19% correspondiam ao grupo de estudo.

A nível de lateralidades, quer direita quer esquerda, 9.5% do grupo de estudo apresentou restrição, enquanto que, no grupo controlo a limitação direita foi de 14,3%, e de 4,8% do lado esquerdo.

Apenas os doentes esquizofrénicos apresentaram limitação da protrusão; esta correspondeu a 4,8%.

## 4.Sintomatologia da ATM

Tabela IV- Percentagem de doentes com ruídos articulares (estalidos e crepitação), hiper mobilidade, desvios e deflexões.

Sintomatologia da ATM	Grupo controlo				Grupo de estudo			
	Dir	Esq	D+E	Total	Dir	Esq	D+E	Total
Estalido de abertura	4,8% (N=1)	4,8% (N=1)	9,5% (N=2)	19,0% (N=4)	9,5% (N=2)	4,8% (N=1)	9,5% (N=2)	23,8% (N=5)
Estalido de fecho	4,8% (N=1)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	4,8% (N=1)
Estalido recíproco	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)
Crepitação	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0,0% (N=0)
Hiper mobilidade	0% (N=0)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	9,5% (N=2)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	14,3% (N=3)	23,8% (N=5)
Desvio	19,0% (N=4)	9,5% (N=2)	-	28,6% (N=6)	23,8% (N=5)	9,5% (N=2)	-	33,3% (N=7)
Deflexão	19,0% (N=4)	0% (N=0)	-	19,0% (N=4)	4,8% (N=1)	9,5% (N=2)	-	14,3% (N=3)

Nota: Os desvios e deflexões podem ocorrer ou para o lado direito ou para o esquerdo.

Verificou-se que 33% (N = 7) dos doentes esquizofrénicos tinham, pelo menos, um sinal de DTM, sendo os sinais mais frequentes o estalido de abertura e a hiper mobilidade com 23.8%. No grupo controlo, 19% (N=4) apresentavam, pelo menos, um sinal de DTM, sendo o mais significativo o estalido de abertura, 19%.

Ao comparar a existência de sinais de distúrbios nos doentes esquizofrénicos com o grupo controlo, estes apresentaram sempre valores superiores.

## 5.Parafunções orais

Tabela V- Parafunções Oraís

	Grupo controlo (N=21)	Grupo estudo (N= 21)	Total (N=42)
Parafunção diurna	14,3%(N=3)	33,3% (N=7)	23,8% (N=10)
Parafunção noturna	33,3% (N=7)	42,8% (N=9)	38% (N=16)

33.3% dos doentes esquizofrénicos apresentaram parafunções diurnas e 42,8% de parafunções noturnas, sendo sempre valores superiores ao grupo controlo que apresentam 14,3% e 33,3% respetivamente.

## 6.Hábitos Parafuncionais

Tabela VI- Hábitos parafuncionais

Hábitos Parafuncionais	Grupo controlo (N=21)	Grupo estudo (N= 21)	Total (N=42)
Cigarros	28,6% (N=6)	90,5%(N=19)	59,5% (N=25)
Bruxismo	38,1% (N=8)	47,6% (N=10)	42,9% (N=18)
Onicofagia	9,5% (N=2)	23,8% (N= 5)	16,7% (N=7)
Morder	4,5% (N=1)	14,3% (N=3)	9,5% (N=3)

Verificou-se a existência de uma percentagem bastante elevada de hábitos parafuncionais. No caso do grupo de estudo houve uma incidência superior apresentando-se 47,6% com bruxismo, 16,7% com onicofagia e 14,3% mordiam algum tipo de objeto.

## 7. Dor à palpação muscular

Tabela VII - Percentagem de doentes com dor do lado direito, esquerdo e ambos os lados à palpação muscular. (N=42)

Músculo	Grupo controlo				Grupo de estudo			
	Dir	Esq	D+E	Total	Dir	Esq	D+E	Total
Temporais anteriores	9,5% (N=2)	4,8% (N=1)	4,8% (N=1)	19,0% (N=4)	4,8% (N=1)	4,8% (N=1)	0,0% (N=0)	9,5% (N=2)
Temporais posteriores	14,3% (N=3)	9,5% (N=2)	4,8% (N=1)	23,8% (N=5)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	9,5% (N=2)	19,0% (N=4)
Temporais médios	4,8% (N=1)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	14,3% (N=3)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	4,8% (N=1)
Masseteres corpo	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)
Masseteres inserção	4,8% (N=1))	4,8% (N=1))	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	4,8% (N=1)
Masseteres origem	4,8% (N=1))	4,8% (N=1)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	4,8% (N=1)
Região mandibular posterior	4,8% (N=1)	4,8% (N=1))	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)
Região submandibular	9,5% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)

A queixa principal foi a dor à palpação do músculo temporal posterior, no grupo de estudo, apresentando 19 %, sendo que, relativamente aos restantes músculos temporais, anterior e medio, apresentavam algumas queixas 9,5% e 4,5% respetivamente. Na palpação do músculo masséter na sua origem a percentagem foi de 4,8%.

Já o grupo controlo, a nível de palpação muscular, apresentou sintomatologia dolorosa em todos os músculos, sendo mais frequente nos músculos temporais.



## 8- Palpação da ATM

Tabela VIII- Avaliação de dor perante palpação da ATM (N=42)

ATM	Grupo controlo				Grupo de estudo			
	Dir	Esq	D+E	Total	Dir	Esq	D+E	Total
Polo lateral	14,3% (N=3)	4,8% (N=1)	4,8% (N=0)	19,0% (N=4)	0% (N=0)	9,5% (N=2)	0,0% (N=0)	9,5% (N=2)
Parede posterior	4,8% (N=1)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	9,5% (N=2)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)
Em ambas	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	4,8% (N=1)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)	0% (N=0)

No grupo controlo obteve-se 9,5% (N=2) de dor na parede posterior, 19,0% (N=4) no polo lateral e apenas um paciente com dor simultânea no polo lateral e na parede posterior.

No grupo de estudo obteve-se 9,5% (N=2) de dor polo lateral, 4,8% (N=1) na parede posterior e nenhum paciente com dor simultânea no polo lateral e na parede posterior.

## **Discussão de resultados**

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais debilitantes em psiquiatria, influenciando os doentes de variadíssimas formas destacando-se a falta de sua percepção na saúde geral e oral. Hábitos de vida, incluindo uma incapacidade de sustentar os seus cuidados, bem como os efeitos sócio-económicos e colaterais dos medicamentos, afetam a qualidade de vida de uma forma prejudicial. Não há informações suficientes na literatura que incidam sobre tratamento de DTM em pacientes com esquizofrenia que necessitam de ser hospitalizados por longos períodos. (2)

Este estudo foi realizado no sentido de conhecer a prevalência de DTM e parafunções orais neste tipo de pacientes.

Segundo Roda *et al*, a prevalência de DTM e parafunções orais é mais frequente no género feminino.(11) No presente estudo não foi possível analisar tal situação dado que a amostra do grupo de estudo era muito reduzida, apresentando apenas um individuo do género feminino.

Os resultados clínicos do presente estudo mostraram que os doentes esquizofrénicos tinham maior prevalência de DTM, 33% quando comparados aos 19% do grupo controlo. Estes achados clínicos estão em concordância com um estudo espanhol em doentes esquizofrénicos internados que revelavam uma prevalência de sinais e sintomas de 32% nestes pacientes e 8% no grupo controlo.(4) Tal como no estudo de Velasco *et al* os sinais mais frequente de DTM foram os ruídos articulares, nomeadamente o estalido de abertura.

Apesar de, no decorrer da obtenção da história clínica, o grupo de estudo apresentar mais queixas de dor muscular, dor ou desconforto da ATM e alterações de oclusão, quando foi efetuada a verificação através quer de palpação muscular quer articular, o mesmo não se verificou. Estes apresentavam sintomatologia inferior à do grupo controlo, quer a nível muscular quer articular. Uma possível explicação pode assentar no facto dos doentes esquizofrénicos aparentemente terem menor sensibilidade ao desconforto corporal e tendem a permanecer por longos períodos em posições de contração muscular, sem manifestar qualquer queixa de dor.(24) Muitas vezes têm uma resposta embotada não só para a dor, mas ao prazer e às emoções básicas. É importante

Nathalie Cunha considerar o efeito da medicação psicotrópica na percepção da dor, uma vez que em estudos prévios se verificou um efeito analgésico destas, pelo que os presentes resultados poderão refletir o efeito destes fármacos.(25) No entanto, estes não foram alvo de avaliação neste estudo. Quanto ao grupo controlo, os resultados foram superiores aos obtidos em estudos prévios, sendo que estes apresentavam um número superior de queixas, no decorrer de palpações musculares e articulares. É possível que alguns dos resultados subjetivos e objetivos deste grupo tenham sido atribuídos a diferentes distúrbios orofaciais para além de DTM. Esta situação pode aumentar a prevalência de sinais de DTM do grupo controlo, levando a subestimação da relação. O grupo controlo foi avaliado na FMDUP quando recorriam a consultas de rotina e algumas dessas consultas eram específicas da área de oclusão e dor orofacial. Em contrapartida, os doentes com esquizofrenia foram observados no CHSJ, enquanto estavam internados e não manifestavam nenhuma queixa a nível oral. A alteração do limiar da dor em pacientes com esquizofrenia pode alterar o diagnóstico e tratamento de DTM resultando em podendo originar consequências mais graves a longo prazo. (22,24)

As queixas mais frequentes no decorrer da história clínica foram as cefaleias. A ausência de outros sinais é sugestiva da falta de percepção da dor nestes doentes.

Pacientes com esquizofrenia e DTM têm tendência a ter maior atrição, erosão, e abrasão dentária.(26) Isto deve-se ao facto de estes estarem muitas vezes associados a atividades parafuncionais nomeadamente o bruxismo.(25) Verificou-se, várias vezes, a existência de deslocamento mandibular, lesões na língua ou lábios, devido a tensão muscular generalizada combinada com os efeitos colaterais de medicamentos psicotrópicos.(27)

No presente estudo verificou-se a existência de um número elevado de parafunções orais, quer diurnas quer noturnas, em pacientes esquizofrénicos e no grupo controlo sendo que no grupo de estudo a prevalência de parafunções foi mais elevada.

Estudos sobre a influência das parafunções na dor orofacial são ainda limitados. No entanto, há indícios que o início de DTM dolorosas está possivelmente relacionado com o aumento e acumulação de carga derivada de hábitos parafuncionais sobre as estruturas do sistema estomatognático.

Nathalie Cunha

Hábitos parafuncionais como bruxismo, *clench* (cerrar dos dentes) e ranger de dentes, podem, em determinadas circunstâncias, ser considerados fatores etiológicos de causa de DTM.(28)

As atividades parafuncionais do CCCM foram divididas em dois tipos: durante a vigília e durante o sono.

A atividade parafuncional que ocorre durante a vigília engloba o *clench* e outros hábitos orais como roer as unhas, canetas, morder os lábios, a língua e as bochechas, chupar no dedo, segurar objetos debaixo do queixo, alguns hábitos posturais e, por vezes, determinados exercícios como tocar certos instrumentos musicais ou a prática de mergulho. Foram apenas avaliadas algumas destas situações tais como onicofagia, *clench* e morder os lábios língua e bochechas. Estas atividades ocorrem, na maior parte das vezes, sem que o indivíduo se aperceba, enquanto está concentrado determinadas situações, bem como em situações de stress.(24,25) Verificou-se que os dois grupos apresentaram em elevado número estas atividades parafuncionais.

Durante o sono, predominam o bruxismo e o *clench*; o primeiro consiste em contrações rítmicas e o segundo em episódios pontuais, contudo, ambos são vulgarmente referidos como bruxismo. Estes episódios relacionam-se com o ciclo de sono e variam muito de pessoa para pessoa, sendo, todavia, são menos comuns que as atividades parafuncionais efetuadas durante a vigília.

A etiologia do bruxismo parece estar relacionada com o stress emocional, com alguns tipos de medicação, com predisposição genética e com distúrbios do sistema nervoso central. Verificou-se que o grupo de estudo apresentou uma maior percentagem de atividades parafuncionais quer do sono, quer de vigília, quando comparado com o grupo controlo.

Estudos revelam que um dos motivos para a perda de dentes pode estar associado a instabilidade oclusal, podendo originar sinais e sintomas de DTM.(10)

Esta relação pode ser parcialmente explicada pelo impacto das forças mastigatórias ou do stress irregular que pode condicionar o grau de atividade muscular e a pressão exercida a nível da ATM, como consequência da perda de dentes. (29, 30)

Nathalie Cunha

Os pacientes analisados no CHSJ apresentavam um número bastante reduzido de dentes posteriores, quando comparados com os do grupo controlo, tendo em conta a idade. Esta perda de dentes posteriores não estava compensada pelo uso de próteses na maior parte deles, devido à situação socioeconómica. Neste contexto, poderá existir perda de dimensão vertical de oclusão (DVO), e um desgaste bastante significativo dos dentes presentes. O facto de existir, nestes doentes, uma DVO reduzida, pode levar à existência de uma alteração da abertura de boca. No entanto e, paradoxalmente, este estudo não mostrou alterações entre os dois grupos, provavelmente devido à amostra ser reduzida.

## **Conclusão**

Neste estudo foi possível concluir que os doentes com diagnóstico de esquizofrenia têm maior probabilidade de vir a desenvolver sinais de DTM. Estes apresentam um maior número de hábitos parafuncionais, sendo uma das explicações possíveis para a existência de DTM. Outra explicação pode ser a doença propriamente dita, uma vez que estes têm alguma incapacidade de manter os seus cuidados de higiene, o que pode implicar consequências nefastas a nível de saúde oral. A medicação psicotrópica efetuada por estes doentes é outro fator a ter em conta na incidência e na prevalência de DTM.

São necessários mais estudos para justificar a relação entre estes fatores, bem como uma amostra mais ampla e mais representativa do sexo feminino que na população geral apresenta uma maior prevalência de DTM.

## Referências

1. Fantoni F, Salvetti G, Manfredini D, Bosco M. Current concepts on the functional somatic syndromes and temporomandibular disorders. *Stomatologija*. 2007;9:3–9.
2. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with schizophrenia. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009;36: 864-871
3. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 5th ed. St Louis: CV Mosby;2003
4. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Velasco-Ponferrada C, Medel-Soteras R, Segura-Egea JJ. Temporomandibular disorders among schizophrenic patients. A case-control study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:315–22.
5. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: A review of current understanding. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 1999;88:379-385
6. LeResche L. Epidemiology of Temporomandibular Disorders: Implications for the Investigation of Etiologic Factors. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1997;8:291–305.
7. Anderson GC, Gonzalez YM, Ohrbach R, Truelove EL, Sommers E, Look JO, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Future directions. *J Orofac Pain*. 2010;79.
8. Sternbach RA. Pain and "hassles" in the United States: Finding of the Nuprin pain Report.pain. 1986; 27:69-80
9. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. *Cranio*. 2007; 25:114-126.
10. Haralur SB. Digital Evaluation of Functional Occlusion Parameters and their Association with Temporomandibular Disorders. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2013;7:1772–5.
11. De Araujo AN, do Nascimento MA, de Sena EP, Baptista AF. Temporomandibular disorders in patients with schizophrenia using antipsychotic agents: a discussion paper. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014 10;6:21–7. 11. Tsai J, Lysaker PH, Vohs JL. Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *J Ment Health*. 2010;19:184–92.
12. Roda RP, Bagán JV, Fernández JD, Bazán SH, Soriano YJ. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12:E292–E298.
13. MacFarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Worthington HV. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J Dent Bristol*.2003;31:535-542
14. Ruiloba JV. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2006

15. Buchanan RW, Carpenter WT. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 8th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins: 2005:1329-1330
16. Kane JM, Correll CU. Past and Present Progress in the Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2010;71: 1115–24.
17. Andreasen NC, Black DW. Introdução à Psiquiatria. 4ª ed.: Artmed; 2009.
18. Buchanan RW. Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia: An Overview. Schizophr Bull. 2007;33:1013–22.
19. Rekha R., Hiremath SS, Bharath S. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore City: a comparative study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2002;20:63-67
20. Winocur E, Hermesh H, Littner D, Shiloh R, Peleg L, Eli I. Signs of bruxism and temporomandibular disorders among psychiatric patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2007;103:60–63.
21. Tsai J, Lysaker PH, Vohs JL. Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: Associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. J Ment Health. 2010;19:184–92.
22. Bonnot O, Anderson GM, Cohen D, Willer JC, Tordjman S. Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. Clin J Pain. 2009;25:244–52.
23. Marazziti D, Mungai F, Vivarelli L, Presta S, Dell'Osso B. Pain and psychiatry: a critical analysis and pharmacological review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006;2:31.
24. Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. Chest J. 2001;119:53–61.
25. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2011;112:453–62.
26. Kato T, Thie NM, Montepiasir JY, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am. 2001;45:657-684.
27. Blasberg B, Greenberg MS. Temporomandibular disorders. Greenberg MS Glick M Ship JA Burket's Oral Med 11th Ed Hamilt BC Decker Inc. 2008;223–55.
28. Bagis B, Ayaz EA, Turgut S, Durkan R, Ozcan M. Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A Retrospective Study on 243 Consecutive Patients. Int J Med Sci. 2012;9:539–44.



Nathalie Cunha

29. Ciancaglini R, Gherlone EF, Radaelli G. Association between loss of occlusal support and symptoms of functional disturbances of the masticatory system, J oral Rehabil. 1999;26:248-253.
30. Tallents RH, Mecher DJ, Kyrkanides S, Satzberg RW, Mass ME. Prevalence of missing posterior teeth and intra articular temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002;87:45-50

## **Agradecimentos**

Ao Doutor Manuel Esteves por me ter ensinado que a vida é uma guerra feita de numerosas batalhas, e que não podemos pensar só no final, mas sim em ir obtendo pequenas vitórias. Que me ensinou a dar valor de certa forma á inteligência que afinal estava lá.

Ao Professor Pinho por me ter recebido de braços abertos para um trabalho que sabia que eu não estava pronta para fazer.

Aos meus pais e irmão, por tudo que fizeram, fazem por mim. Pelas vezes todas que me apoiaram, e pela forma como sempre me entenderam. Um obrigado por todas as vezes que ao invés de me repreender me passaram a mão na cabeça, e me explicaram o que seria correto fazer, sem me censurarem ou julgarem.

Aos amigos que ao longo dos anos eu afastei e que nunca me deixaram.

Á Bárbara Rodrigues por ter sido uma colega de curso fantástica, mas acima de tudo por se ter tornado a amiga que se tornou.

Á Vera Alves, porque quando tudo parecia perdido me deu um ombro amigo, me apoiou incondicionalmente sem pedir nada em troca, e assim quando eu estava em desespero me deu algo que não se explica, sente-se.

## Anexos

### Anexo 1



#### Dissertação de investigação: “**Distúrbios Temporomandibulares e Parafunções Orais em Doentes Psiquiátricos**”

Orientador: João Carlos Pinho

Coorientador: Manuel Esteves

#### DADOS PESSOAIS

---

CÓDIGO : .....

IDADE: .....

DATA DE NASCIMENTO .... / .... / .....

SEXO : .....

DATA DE PREENCHIMENTO ..... / ..... / .....

#### **RDC-TMD / QUESTIONÁRIO**

---

*Q1• Diria que a sua saúde, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?*

*1• Excelente*

*2• Muito boa*

*3• Boa*

*4. Satisfatória*

*5. Pobre*

**Q2.** *Diria que a sua saúde oral, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?*

*1. Excelente*

*2. Muito boa*

*3. Boa*

*4. Satisfatória*

*5. Pobre*

**Q3.** *Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?*

*0.*

*Não*

*[Se não teve dor no último mês avance para a questão*

*1. Sim*

*Se sim,*

**Q4.a.** *Há quantos anos atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?*

*\_\_ \_\_ Anos (Se é menos de um ano, colocar 00)*

*[Se foi há um ano atrás ou mais, avance para a questão 5]*

*Q4.b. Há quantos meses atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?*

*\_\_ \_\_ Meses*

*Q5. A sua dor facial é persistente, recorrente ou foi uma ocorrência única?*

*1. Persistente*

*2. Recorrente*

*3. Única*

*Q6. Já alguma vez recorreu a um médico, médico dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?*

*1. Não*

*2. Sim, nos últimos 6 meses*

*3. Sim, há mais de 6 meses*

*Q7. Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é exactamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?*

*Ausência de dor*

*Pior dor possível*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Q8.** Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?

*Ausência de dor*

*Pior dor possível*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Q9.** Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”? [Isto é, a sua dor usual nas horas em que estava a sentir dor].

*Ausência de dor*

*Pior dor possível*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Q10.** Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas actividades diárias (trabalho, escola ou serviço doméstico) devido a dor facial?

\_\_ \_\_ Dias

*Q11• Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas actividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “não interferiu” e 10 é “incapaz de realizar qualquer tarefa”?*

*Não interferiu*

*Incapaz de realizar qualquer tarefa*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Q12• Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em actividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?*

*Sem alteração*

*Alterou completamente*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Q13• Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?*

*Sem alteração*

*Alterou completamente*

---

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Q14•a• Alguma vez teve a mandíbula bloqueada ou presa de forma que não abrisse completamente a boca?*

Nathalie Cunha

0. Não

*[Se nunca teve problema em abrir completamente avance para a questão 15]*

1. Sim

*Se sim,*

*Q14.b. Esta limitação da abertura mandibular foi suficientemente severa para interferir com a capacidade de comer?*

0. Não

1. Sim

*Q15.a. Sente um estalido ou ressalto nos maxilares quando abre ou fecha a boca ou quando mastiga?*

0. Não

1. Sim

*Q15.b. Ouve uma crepitação ou sente áspero quando abre e fecha a boca ou quando mastiga?*

0. Não

1. Sim



*Q15.c. Já lhe disseram, ou já reparou, se range ou aperta os dentes durante o sono de noite?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q15.d. Durante o dia, range ou aperta os dentes?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q15.e. Tem dores ou sente rigidez nos maxilares quando acorda de manhã?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q15.f. Sente ruídos ou zumbidos nos ouvidos?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q15.g. A sua mordida é desconfortável ou estranha?*

*0. Não*

*1. Sim*

***Q16.a. Tem artrite reumatóide, lúpus, ou outra doença artrítica sistémica?***

*0. Não*

*1. Sim*

***Q16.b. Conhece alguém na sua família que tenha ou tivesse tido alguma destas doenças?***

*0. Não*

*1. Sim*

***Q16.c. Já teve ou tem tumefacção ou dor em alguma articulação do corpo exceptuando a articulação próxima dos seus ouvidos (ATM)?***

*0. Não*

***[Se não teve tumefacção ou dor em nenhuma articulação, avance para a questão 17.a]***

*1. Sim*

*Se sim,*

*Q16.d. É uma dor persistente e teve a dor durante pelo menos um ano?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q17.a. Teve algum traumatismo recente da face ou maxilares?*

*0. Não*

*1. Sim*

*[Se não teve traumatismos recentes, avance para a questão 18]*

*Se sim,*

*Q17.b. Já tinha dor nos maxilares antes do traumatismo?*

*0. Não*

*1. Sim*

*Q18. Durante os últimos 6 meses teve alguma dor de cabeça ou enxaquecas?*

*0. Não*

*1. Sim*

**Q19.** *Que actividades é que o seu actual problema nos maxilares o impediu ou limitou de realizar?*

*a. Mastigar*

*0. Não*

*1. Sim*

*b. Beber*

*0. Não*

*1. Sim*

*c. Exercitar*

*0. Não*

*1. Sim*

*d. Comer alimentos duros*

*0. Não*

*1. Sim*

*e. Comer alimentos moles*

*0· Não*

*1· Sim*

*f· Sorrir/gargalhar*

*0· Não*

*1· Sim*

*g· Actividade sexual*

*0· Não*

*1· Sim*

*h· Lavar os dentes ou a face*

*0· Não*

*1· Sim*

*i· Bocejar*

*0· Não*

*1· Sim*

*j· Engolir*

*0· Não*

*1· Sim*

*k· Falar*

*0· Não*

*1· Sim*

*l· Ter a sua aparência facial usual*

*0· Não*

*1· Sim*

**Q20·** *No último mês, quanto é que foi incomodado por*

	<i>Nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
<i>a· Dor de cabeça</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>b· Perda de interesse ou prazer sexual</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>c· Sensação de desmaio ou tonturas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>d· Dor no coração ou no peito</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>e· Sensação de falta de energia ou apatia</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>f· Pensamentos sobre morte ou sobre morrer</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>g· Falta de apetite</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>h· Chorar facilmente</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>i· Sensação de culpa pelas coisas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>j· Dor na parte inferior das costas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>k· Sentir-se só</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>l· Sentir-se abatido</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

*Parafunções orais e Distúrbios Temporomandibulares em Doentes Esquizofrénicos*

Nathalie Cunha

<i>m. Preocupar-se demasiado com as coisas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>n. Sentir-se desinteressado pelas coisas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>o. Náuseas ou incómodo no estômago</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>p. Músculos doridos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>q. Dificuldade em adormecer</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>r. Dificuldade em respirar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>s. Acessos de calor ou frio</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>t. Dormência ou formigueiro em partes do corpo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>u. Aperto na garganta</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>v. Sentir-se desanimado sobre o futuro</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>w. Sensação de fraqueza em partes do corpo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>x. Sensação de peso nos braços ou pernas</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>y. Pensamentos sobre acabar com a vida</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>z. Comer demais</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>aa. Acordar muito cedo pela manhã</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>bb. Sono agitado ou perturbado</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>cc. Sensação de que tudo é um esforço</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>dd. Sentimentos de inutilidade</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>ee. Sensação de ser enganado ou iludido</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

<i>ff. Sentimentos de culpa</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

*Q21. Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde em geral?*

*1. Excelente*

*2. Muito boa*

*3. Boa*

*4. Satisfatória*

*5. Pobre*

*Q22. Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde oral?*

*1. Excelente*

*2. Muito boa*

*3. Boa*

*4. Satisfatória*

*5. Pobre*



**Q23.** *Qual a sua data de nascimento?*

*Mês . . . . . Dia . . . . . Ano . . . . .*

**Q24.** *É do sexo masculino ou feminino?*

*1. Masculino*

*2. Feminino*

**Q25.** *Qual dos seguintes grupos melhor representa a sua origem?*

*1. Africano*

*2. Árabe*

*3. Asiático*

*4. Europeu*

*5. Indiano*

*6. Norte-americano*

*7. Sul-americano*

*8. Outro*

*Q26. Qual dos seguintes grupos melhor representa a origem dos seus antepassados?*

*1. Africano*

*2. Árabe*

*3. Asiático*

*4. Europeu*

*5. Indiano*

*6. Norte-americano*

*7. Sul-americano*

*8. Outro*

*Q27. Qual o mais alto grau de escolaridade que obteve nos seus estudos?*

*0. Nunca estudou ou Jardim-de-infância*

*1. Ensino obrigatório*

*2. Ensino secundário*

*3. Ensino superior*

*4. Mestrado/doutoramento*

**Q28a.** *Durante as últimas 2 semanas, realizou algum tipo de trabalho ou negócios excluindo afazeres domésticos (inclua trabalhos e negócios familiares não remunerados)?*

*0. Não*

*1. Sim*

**[Se sim, avance para a questão 29]**

**Se não,**

**Q28b.** *Apesar de não ter trabalhado nas 2 últimas semanas, tinha um emprego ou negócio?*

*0. Não*

*1. Sim*

**[Se sim, avance para a questão 29]**

*Se não,*

*Q28c. Nas últimas 2 semanas, procurou emprego ou deixou um emprego?*

*1. Sim, procurou emprego*

*2. Sim, deixou emprego*

*3. Sim, ambos, deixou e procurou emprego*

*4. Não*

*Q29. Qual o seu estado civil?*

*1. Casado na mesma habitação*

*2. Casado mas em habitação diferente*

*3. Viúvo*

*4. Divorciado*

*5. Separado*

*6. Nunca casou*

*Q30. Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses?*

*1. O € até salário mínimo*

*2. Duas vezes o salário mínimo*

*3. Três vezes o salário mínimo*

*4. Quatro vezes o salário mínimo*

*5. Cinco vezes o salário mínimo*

*6. Seis vezes o salário mínimo*

*7. Sete vezes o salário mínimo*

*8. Oito vezes o salário mínimo*

*9. Nove vezes o salário mínimo*

*10. Dez vezes ou mais o salário mínimo*

**Q31.** *Qual o seu código postal?*

— — — — - — — —

### **EXAME CLÍNICO**

---

**E1.** *Tem dor no lado direito da face, no lado esquerdo ou em ambos os lados?*

*0. Sem dor*

*1. Direita*

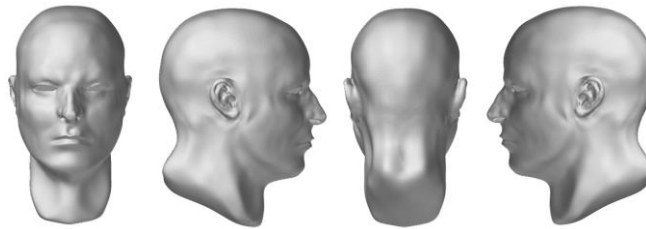
*2. Esquerda*

*3. Ambos*

**E2.** *Pode indicar as áreas onde sente dor?*

Nathalie Cunha

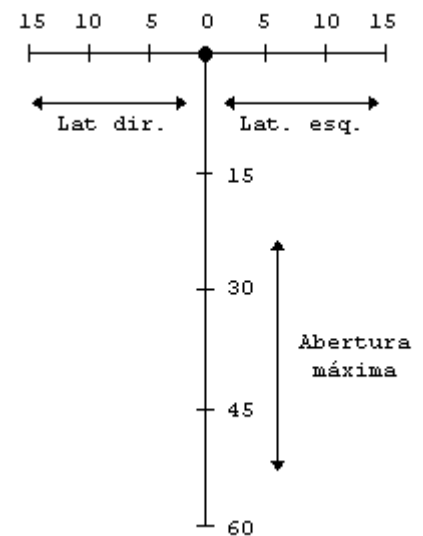
DIREITA	ESQUERDA
0· Sem dor	0· Sem dor
1· Dor articular	1· Dor articular
2· Dor muscular	2· Dor muscular
3· Ambos	3· Ambos



**E3· Padrão de abertura**

- 0· Recto
- 1· Deflexão (direita)
- 2· Desvio (direita)
- 3· Deflexão (esquerda)
- 4· Desvio (esquerda)
- 5· Outro

especifique: . . . . .



**E4· Abertura máxima**

Incisivo de referência: 11 . . . . . 21 . . . . .

Nathalie Cunha

	<i>m</i> <i>m</i>	<i>DIREITA</i>				<i>ESQUERDA</i>			
<i>a. Abertura máx. voluntária (sem dor)</i>		<i>Sem dor</i>	<i>Muscular</i>	<i>Articular</i>	<i>Ambos</i>	<i>Sem dor</i>	<i>Muscular</i>	<i>Articular</i>	<i>Ambos</i>
<i>b. Abertura máx. voluntária</i>		0	1	2	3	0	1	2	3
<i>c. Abertura máxima assistida</i>		0	1	2	3	0	1	2	3
<i>d. Sobremordida vertical</i>									

**E5. Ruídos articulares**

	<i>DIREITA</i>				<i>ESQUERDA</i>			
	<i>Sem ruído</i>	<i>Estalido</i>	<i>Crep. grosseira</i>	<i>Crep. fina</i>	<i>Sem ruído</i>	<i>Estalido</i>	<i>Crep. grosseira</i>	<i>Crep. fina</i>
<i>a. Abertura</i>	0	1	2	3	0	1	2	3
<i>Dist. interincisiva estalido</i>	<i>mm</i>				<i>mm</i>			
<i>b. Fecho</i>	0	1	2	3	0	1	2	3
<i>Dist. interincisiva estalido</i>	<i>mm</i>				<i>mm</i>			
<i>c. Estalido recíproco eliminado com abertura protrusiva?</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>N/A</i>		<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>N/A</i>	
	0	1	8		0	1	8	

<i>Ressalto (sub-luxação)</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
-------------------------------	------------	------------	------------	------------

**E6. Movimentos excursivos**

	<i>m</i> <i>m</i>	<i>DIREITA</i>				<i>ESQUERDA</i>			
		<i>Sem dor</i>	<i>Muscular</i>	<i>Articular</i>	<i>Ambos</i>	<i>Sem dor</i>	<i>Muscular</i>	<i>Articular</i>	<i>Ambos</i>
<i>a. Lateralidade direita</i>		0	1	2	3	0	1	2	3
<i>b. Lateralidade esquerda</i>		0	1	2	3	0	1	2	3
<i>c. Protrusão</i>		0	1	2	3	0	1	2	3



d. Desvio da linha média		1. direita .....	2. esquerda .....
		8. N/A .....	

**E7. Ruídos articulares nos movimentos excursivos**

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina
a. Lateralidade direita	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Lateralidade esquerda	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Protrusão	0	1	2	3	0	1	2	3

**E8. Palpação muscular extra-oral**

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
a. Temporal - posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal - médio	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal - anterior	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter - origem	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter - corpo	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter - inserção	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Reg. mandibular posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Reg. Submandibular	0	1	2	3	0	1	2	3

Esternocleidomastoideu	0	1	2	3	0	1	2	3
Trapézio	0	1	2	3	0	1	2	3
Occipitais	0	1	2	3	0	1	2	3

**E9. Palpação da ATM**

	DIREITA				ESQUERDA			
	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>
<i>a. Pólo lateral</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>b. Inserção posterior</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

**EIO•** *Palpação muscular intra-oral*

	DIREITA				ESQUERDA			
	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>
<i>a. Área pterigoideu lateral</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>b. Tendão do temporal</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

<i>Pterigoideu medial</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
---------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

<i>Manipulação Funcional Muscular</i>	DIREITA				ESQUERDA			
	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>	<i>Sem dor</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>
<i>Protrusão contra pressão</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Cerrar os dentes</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Morder espátula bilateral</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Abertura máxima</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Morder espátula unilat.</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Prot. contra pressão + Morder espátula unilat.</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

## ANÁLISE DENTÁRIA E OCLUSAL

### 1. Fórmula dentária

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

S. São

A. Ausente

R. Restaurado

P. Prótese removível

M. Mobilidade (indicar grau: 1, 2 ou 3)

Ab. Lesão de abfração

D. Desgaste oclusal

### 2. Intercuspidação máxima

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

### 3. Pares dentários

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*4. Oclusão leve*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*5. Contactos em Oclusão em Relação Cêntrica*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*6. Contactos dentários em lateralidade esquerda*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*7. Contactos dentários em lateralidade direita*

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

*8. Contactos dentários em protrusão*

Nathalie Cunha

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

			Mordida aberta anterior	Não.....	Sim.....
Classe de Angle	Dir..... .	Esq.....	Mordida aberta posterior	Não.....	Sim.....
Classe canina	Dir.....	Esq.....	Mordida cruzada anterior	Não.....	Sim.....
Apinhamento anterior	Não..... .	Sim..... .	Mordida aberta posterior	Não.....	Sim.....

### SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

#### 1. Estudo do sono

Não 0 Sim 1

Peso: . . . . . kg

#### 2. Sonolência diurna

Não 0 Sim 1

#### 3. Roncopatia

Não 0 Sim 1

Altura: . . . . . cm

#### 4. Apneia obstrutiva do sono

Não 0 Sim 1

#### 5. Escala de sonolência de Epworth

Qual a probabilidade de dormir, ou adormecer, nas seguintes situações, em contraste com o sentir-se apenas cansado?

Nathalie Cunha

*Isto refere-se ao seu estilo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha passado por algumas destas situações, tente imaginar de que forma o teriam afectado. Use a seguinte escala de forma a escolher o número mais apropriado a cada uma das situações:*

- 0. Nunca dormitaria
- 1. Probabilidade reduzida de dormir
- 2. Probabilidade moderada de dormir
- 3. Probabilidade elevada de dormir

SITUAÇÃO	PROBABILIDADE DE ADORMECER (0-3)
<i>Sentado(a), a ler</i>	
<i>Ver televisão</i>	
<i>Sentado(a), sem actividade, num espaço público (ex.: teatro, reunião)</i>	
<i>Como passageiro(a), num carro, durante uma hora ininterrupta</i>	
<i>Deitado(a) para descansar, durante a tarde, quando as circunstâncias o permitem</i>	
<i>Sentado(a) a conversar com alguém</i>	
<i>Sentado(a) de forma sossegada, após um almoço sem consumo de álcool</i>	
<i>Num carro, parado durante alguns minutos, no trânsito</i>	
<i>TOTAL</i>	

Resultados:

*1 a 6 - Parabéns, está a dormir o suficiente*

7 a 8 - A sua pontuação é média

9 e superior - Muita sonolência; deve consultar um médico

## DIAGNÓSTICO

---

### RDC-TMD

Eixo I, Grupo I . . . . .  
. . . . .

Eixo I, Grupo II, art. direita . . . . .  
. . . . .

Eixo I, Grupo II, art. esquerda . . . . .  
. . . . .

Eixo I, Grupo III, art. direita . . . . .  
. . . . .

Eixo I, Grupo III, art. esquerda . . . . .  
. . . . .

Eixo II, classificação da dor crónica . . . . .

Eixo II, escala de depressão . . . . .

Anexo 2



Dissertação de investigação: “Distúrbios Temporomandibulares e Parafunções Orais em Doentes Psiquiátricos”

Orientador: João Carlos Pinho

Coorientador: Manuel Esteves

**DADOS PESSOAIS**

---

CÓDIGO : .....

IDADE: .....

DATA DE NASCIMENTO .... / .... / .....

SEXO : .....

DATA DE PREENCHIMENTO ..... / ..... / .....

---

Variáveis sociodemográficas

1. Idade: \_\_\_\_

2. Sexo M ☐ F ☐

3. Estado Civil:

- 1 ☐ Solteiro
- 2 ☐ União de facto
- 3 ☐ Casado
- 4 ☐ Divorciado
- 5 ☐ Viúvo

4. Com quem vive:

- 1 ☐ Sozinho
- 2 ☐ Pais
- 3 ☐ Companheiro (a)
- 4 ☐ Outros familiares
- 5 ☐ Instituição Social



5. Profissão:

- 1 ☐ Empregado
- 2 ☐ Desempregado
- 3 ☐ Reformado

5.1. (Se desempregado ou Reformado) Tem alguma ocupação?

- 1 ☐ Não
- 2 ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_

6. Nível de instrução:

- 1 ☐ Não sabe ler nem escrever
- 2 ☐ Sabe ler e/ou escrever
- 3 ☐ 1o-4o anos
- 4 ☐ 5o-6o anos
- 5 ☐ 7o-9o anos
- 6 ☐ 10o-12o anos
- 7 ☐ Estudos universitários
- 8 ☐ Formação pós graduada

Variáveis clínicas

7. Idade de início da doença: ....

8. Idade de início do tratamento: ...

9. Subtipo de Esquizofrenia:

- 1 ☐ Paranoide
- 2 ☐ Desorganizada
- 3 ☐ Catatónico
- 4 ☐ Indiferenciado
- 5 ☐ Residual

10. Número de internamentos:

1 ☐ 0   2 ☐ 1   3 ☐ 2   4 ☐ 3   5 ☐ 4   6 ☐ ≥5

11. Terapêutica actual:

- 1 ☐ Ansiolíticos
- 2 ☐ Indutores do sono
- 3 ☐ Antidepressivos
- 4 ☐ Anti-psicóticos
  - 4.1 ☐ Oral. Qual?.....
  - 4.2 ☐ Ação prolongada. Qual?.....
- 5 ☐ Anticolinérgicos
- 6 ☐ Outros

12. Acompanhamento em psicoterapia:

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Doenças associadas:

- ☐ Obesidade
  - ☐ 1.1 Excesso de peso (IMC >25 <30)
  - ☐ 1.2 Obesidade moderada (IMC >30<35)
  - ☐ 1.3 Obesidade grave(IMC>35<40)
  - ☐ 1.4 Obesidade mórbida (IMC >40)
- ☐ Hipertensão
- ☐ Diabetes
- ☐ Dislipidémia
- ☐ Depressão
- ☐ Outras

13.1. Medicação associada a estas doenças (classe)?

.....

14. Hábitos alcoólicos:

- ☐ 1 Ausentes
- ☐ 2 Com moderação (1-2 copos às refeições)
- ☐ 3 Sem moderação(>2 copos às refeições, e consumo fora das refeições)

15. Passado de consumo de drogas ilícitas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15.1. Qual/Quais?

- ☐ Canabinóides
- ☐ Heroína
- ☐ Cocaína
- ☐ Outras

16. Consome actualmente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

17. Hábitos tabágicos:

- ☐ Ausentes
- ☐ Moderado (1-10 cigarros/dia e/ou em eventos sociais)
- ☐ Em excesso (>10 cigarro/dia)

**Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS**

**Escala Positiva**

P1 – Delírio

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P2 - Desorganização conceitual

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P3 - Comportamento alucinatório

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P4 - Excitação

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P5 – Grandeza

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P6 - Desconfiança

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

P7 - Hostilidade

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

**Escore escala positiva \_\_\_\_\_**

**Número de sintomas avaliados >3 \_\_\_\_\_**

**Escala Negativa**

N1 - Afetividade embotada

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N2 - Retraimento emocional

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N3 - Contato pobre

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N4 - Retraimento social passivo/apático

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N5 - Dificuldade pensamento abstrato

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N6 - Falta de espontaneidade e fluência

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

N7 - Pensamento estereotipado

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

**Escore escala negativa \_\_\_\_\_**

**Número de sintomas avaliados >3 \_\_\_\_\_**

**Escala de Psicopatologia Geral**

G1 - Preocupação somática

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G2 - Ansiedade

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G3 - Culpa

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G4 - Tensão .

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G5 - Maneirismo/postura

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G6 - Depressão

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G7 - Retardo motor

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G8 - Falta de cooperação

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G9 - Conteúdo incomum pensamento

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G10 - Desorientação

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G11 - Défice atenção

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G12 - Juízo e crítica

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G13 - Distúrbio volição

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G14 - Mau controle impulso

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G15 - Preocupação

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

G16 - Esquiva social ativa

.....1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7

---

**Escala de Psicopatologia Geral:** \_\_\_\_\_

**Tipo sintomatológico:**

**Positivo** (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala negativa);

**Negativo** (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala positiva);

**Misto** (3 ou mais sintomas com escore > ou = em ambas as escalas);

**Nenhum tipo** (quando não se aplicam os critérios anteriores)

**U. PORTO**  
FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Parecer  
(Entrega do trabalho final de Monografia)

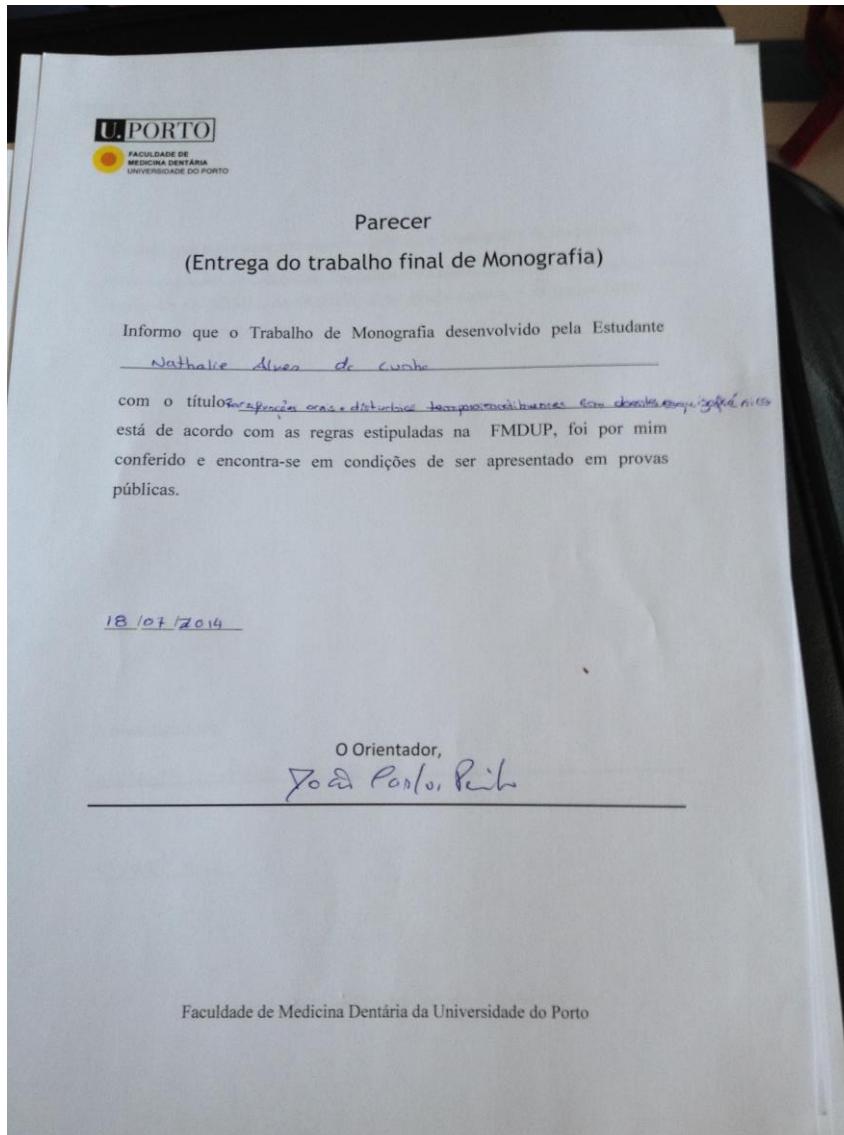
Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante  
Nathalie Alves de Cunha  
com o título Parafunções orais e distúrbios temporomandibulares em doentes esquizofrénicos  
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim  
conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas  
públicas.

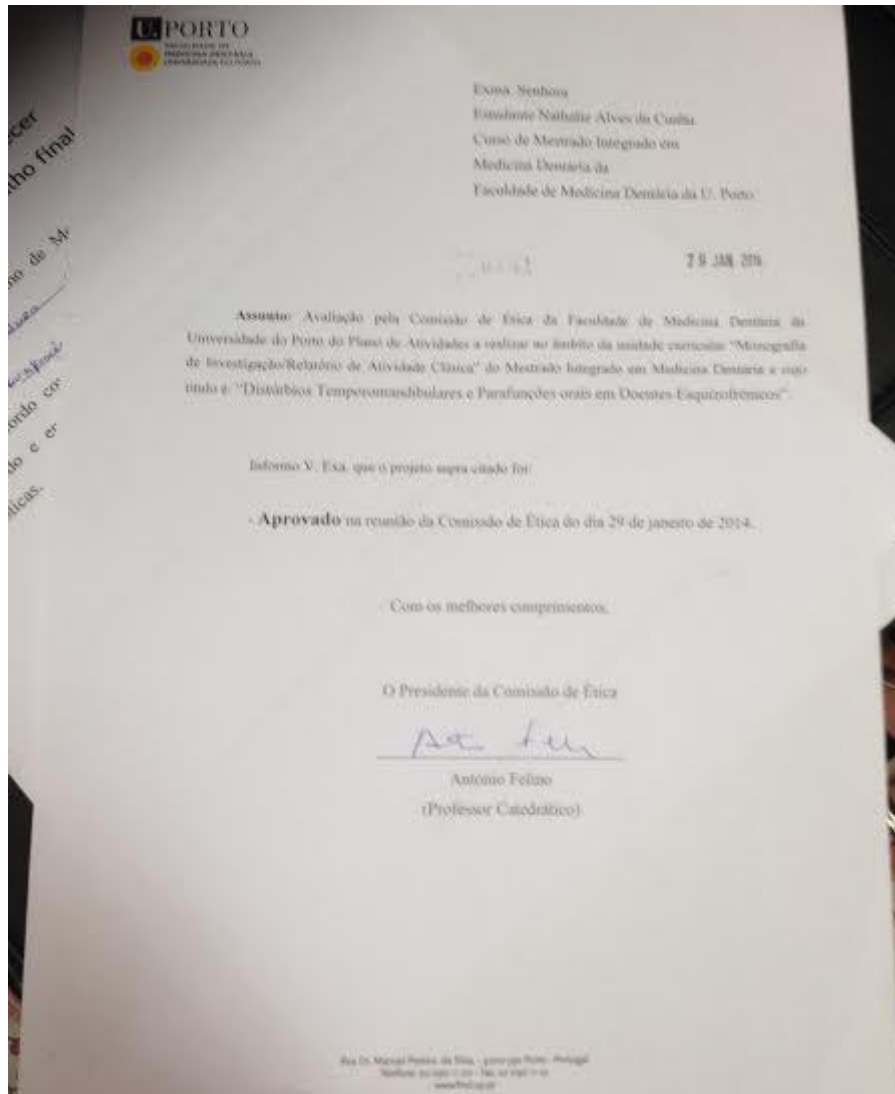
18/07/2014

O Orientador,  
João Paulo Reis

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto









**Comissão de Ética para a Saúde do HSJ**

**Parecer**

Projeto intitulado "Distúrbios temporomandibulares e parafunções orais em doentes esquizofrénicos".

Projeto que se propõe vir a desenvolver na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ pela aluna do mestrado integrado em Medicina Dentária da FMDUP Nathalie Alves da Cunha sob orientação do Prof. João Carlos Pinho e co-orientação do Prof. Manuel Fernandez Esteves, que servirá de elo de ligação.

Do ponto de vista científico trata-se de um estudo que visa realizar um exame intra- e extra-oral num grupo de 90 doentes adultos com diagnóstico de esquizofrenia e num grupo de 90 controlos sem patologia mental (que serão recrutados de entre alunos da Faculdade de Medicina Dentária da UP), com o objectivo de detetar eventuais manifestações de disfunção da articulação temporomandibular, nos doentes com esquizofrenia.

Não estão previstos riscos, incómodos ou benefícios diretos para os participantes, com exceção do tempo despendido na avaliação.

Não está previsto o acesso aos dados clínicos dos participantes.

Está prevista a realização de questionários, devidamente anonimizados, dos quais se anexam as respetivas cópias.

Está prevista a obtenção de consentimento informado, que é acompanhado de uma folha de informação para o participante cujo texto poderá ser melhorado, designadamente quanto à omissão de acrónimos e termos técnicos que um leigo pode ter natural dificuldade em compreender. O texto para os participantes deverá incluir referência ao tempo que se prevê que venha a ser necessário despendido para a sua realização. Deverá assegurar-se que os doentes a recrutar no âmbito deste estudo estão em fase de exercício capaz da sua autonomia e não estão a ser avaliados simultaneamente no âmbito de outros estudos.

O estudo está autorizado pelo diretor do Serviço de Psiquiatria.

O estudo não prevê a realização de exames complementares e não é financiado.

Em face da análise do estudo, proponho que a sua aprovação pela CES do CHSJ fique a aguardar pela resposta da investigadora às questões em itálico.

Porto, 15 de Dezembro de 2013

  
relator  
Prof. Manuel Pestana